



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud - Lima 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias
y Desastres

AUTOR

Jorge Luis CAMACHO QUEZADA

ASESOR

Juana Elena DURAND BARRETO

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Camacho J. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud - Lima 2016 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : CAMACHO QUEZADA JORGE LUIS

63
22(e)

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE ESSALUD - LIMA 2016 "

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

Lima, 24 de julio de 2017

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

17 (DIECISIETE)


Mg. TULA ESPINOZA MORENO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado


LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Mary

**CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BASICO
EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA
EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016**

A Dios todo poderoso por ayudarme a conseguir mis metas profesionales como la especialidad para brindar una mejor atención a nuestros pacientes, mis padres y mi familia que siempre fueron un aliciente para lograr mis objetivos y para mi esposa Angelyne que me brinda siempre su apoyo incondicional.

A mis docentes del programa de la segunda especialidad en enfermería de la UNMSM UPG – FM por compartir sus experiencias, motivación constante y orientación para culminar mis estudios de post grado, a la institución y profesionales de enfermería por brindarme las facilidades de la ejecución del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Índice de gráficos	5
Resumen	6
Presentación	8
 CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Situación Problemática	10
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos específicos	15
1.5. Propósito	15
 CAPITULO II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	21
2.3. Definición operacional de términos	39
 CAPITULO III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	41
3.2. Lugar de estudio	41
3.3. Población de estudio	41
3.4. Criterios de selección	
3.4.1. Criterio de inclusión	42
3.4.2. Criterio de exclusión	42
3.5. Técnica e Instrumento de Recolección de datos	42
3.6. Procedimientos para el análisis, interpretación de la información	43
3.7. Consideraciones éticas	43
 CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	44
4.2. Discusión	48
 CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.	
5.1. Conclusiones	54
5.2. Recomendaciones	55
5.3. Limitaciones	55
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	56
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº		Pág.
1	Conocimientos de los enfermeros sobre reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016. Lima – Perú 2016	45
2	Conocimiento de los enfermeros sobre la parada cardiorrespiratoria en el servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016. Lima – Perú 2016	46
3	Conocimiento de los enfermeros sobre los procedimientos en la reanimación cardiopulmonar en el servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016. Lima – Perú 2016.	47

RESUMEN

AUTOR: JORGE LUIS CAMACHO QUEZADA

ASESOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

El paro cardiorrespiratorio (PCR), es una situación que cursa con interrupción brusca de la respiración y de la circulación, produciendo una brusca disminución del transporte de oxígeno y pudiendo provocar la muerte de la persona. En ese sentido el objetivo del estudio fue determinar los conocimientos sobre Reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros (as) del Servicio de Hospitalización Médica. Material y Método del estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 Licenciados (as) en enfermería. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario validado en el 2013; aplicado previo consentimiento informado. Resultado el 100% (30), 53% (16) no conocen sobre RCP básico y 47% (14) conocen. Los aspectos que conocen, 76.6% (23) está referido a la definición de la PCR, 86.6% (26) las causas y sobre el procedimiento de RCP un 86.6% (26) conocen sobre la búsqueda de respuesta para la realización de RCP. Y lo que no conocen es la definición del RCP 63.4% (19), el tiempo de la verificación del pulso 53.4% (16), el número de compresiones por minuto 60% (18), tiempo máximo que se da por cada ventilación 83.3% (25), colocación adecuada de los parches del DEA 66.6% (20), contraindicaciones del DEA con 73.4% (22). Conclusiones. El mayor porcentaje de los enfermeros no conocen sobre conocimientos del RCP, un mayor porcentaje conocen sobre conocimientos de definición, causas, signos y síntomas de PCR y un porcentaje considerable no conocen sobre los conocimientos acerca del tiempo máximo de ventilación, número de compresiones y uso adecuado de DEA

PALABRAS CLAVES: Paro cardiorrespiratorio, Reanimación cardiopulmonar básica, Enfermero en emergencias.

SUMMARY

AUTHOR: JORGE LUIS CAMACHO QUEZADA

ADVISOR: JUANA ELENA DURAND BARRETO

Cardiopulmonary arrest (CRP), is a situation that occurs with abrupt interruption of breathing and circulation, causing a sudden decrease in the transport of oxygen and may cause the death of the person. In that sense, the objective of the study was to determine the knowledge about basic cardiopulmonary resuscitation in nurses of the Medical Hospitalization Service. Material and Method of the study was application level, quantitative type, descriptive cross-sectional method. The population was made up of 30 Nursing graduates. The technique was the survey and the instrument a questionnaire validated in 2013; Applied prior informed consent. Result 100% (30), 53% (16) do not know about basic CPR and 47% (14) know. The aspects that they know, 76.6% (23) refers to the definition of the PCR, 86.6% (26) causes and about the procedure of CPR, 86.6% (26) know about the search for response to the realization of CPR. And what they do not know is the definition of CPR 63.4% (19), pulse check time 53.4% (16), number of compressions per minute 60% (18), maximum time given per ventilation 83.3 % (25), adequate placement of the DEA patches 66.6% (20), DEA contraindications with 73.4% (22). Conclusions. The greater percentage of nurses do not know about CPR knowledge, a greater percentage know about knowledge of definition, causes, signs and symptoms of CRP and a considerable percentage do not know about the knowledge about the maximum time of ventilation, number of compressions and use Of DEA

KEYWORDS: Cardiopulmonary arrest, Basic cardiopulmonary resuscitation, Nurse in emergencies.

PRESENTACIÓN

En la actualidad el paro cardiorrespiratorio es uno de los problemas de salud pública que conlleva a la persona a una muerte súbita de la persona provocando una disminución del transporte de oxígeno al cerebro, esto se debe a los problemas de enfermedades crónicas que pueden predisponer a que una persona pueda tener un PCR y conllevar a la muerte.

Es por eso que se han formulado las guías de reanimación de reanimación cardiopulmonar que desarrollan un conjunto de maniobras de desarrollo secuencial, como son la evaluación, compresiones torácicas.

El conocimiento de las muertes súbitas y el redescubrimiento de las técnicas de la reanimación cardiopulmonar (RCP), la han convertido en la técnica de emergencia más usada en la medicina actual. La RCP, es considerada como uno de los más importantes avances de la medicina, que previene o evita las muertes prematuras; su desarrollo se sustenta en los innumerables trabajos realizados desde hace muchos años por médicos, investigadores y organizaciones médicas, manejo de las vías aéreas y la respiración de la víctima ⁽¹⁾

El presente estudio titulado “Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básica en enfermeros del servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD – Lima 2016”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos sobre Reanimación cardiopulmonar básico del profesional de enfermería en el servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD. Con el propósito de proponer información actualizada al respecto orientado a diseñar, elaborar programas de educación

permanente destinado al personal profesional de enfermería para así actualizar los conceptos sobre el manejo del PCR, permitiendo el diseño del protocolos o guías que proporcionen una mejor calidad de atención al paciente o usuario.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, que muestra la situación problemática; la formulación del problema, justificación, objetivos y propósito; Capítulo II. Marco Teórico, que explica los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos; Capítulo III Metodología que contiene el tipo y diseño de investigación, lugar de estudio, población de estudio, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos procedente del análisis e interpretación de la información y consideración ética; Capítulo IV. Resultados y Discusión; Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Para Falcón ⁽²⁾ los estilos de vida puede en algunas ocasiones ser perjudiciales para la salud, entre los cuales tenemos la falta de ejercicio, alimentación desordenada, el estrés, entre otros; las cuales pueden conllevar a adquirir enfermedades crónicas como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

“El número de personas con sobrepeso y obesidad a nivel mundial aumentó de 857 millones en 1980 a 2.100 millones en el 2013, una cifra que supera un 30% de la población mundial” ⁽³⁾

Según la Asociación Peruana de Estudio de La Obesidad y Ateroesclerosis, “la prevalencia de obesidad en el Perú es del 26% de hombre y al 24% de mujeres. La mayor incidencia de casos se da en las poblaciones de Piura 36.7%, Lima 22.8%, Huaraz 18.3% y Tarapoto 17% ⁽⁴⁾

“Las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo, y representan en la actualidad, un problema de salud pública mundial”. ⁽⁵⁾

“Ya que estas enfermedades comienzan a desarrollarse desde la infancia, y pueden en la edad adulta presentarse de manera súbita con un paro cardiorrespiratorio como primer, único y último síntoma, produciendo un impacto negativo en nuestras sociedades”. (6)

Según Vigo (7) en nuestro país se desconoce la real incidencia de las muertes súbitas y las causas que la producen, sólo hay algunos reportes de casos publicados; sin embargo, esta situación es común a otros países de Latinoamérica, por lo que algunos países como Colombia y México han iniciado esfuerzos por tener un registro de la muerte súbita.

El paro cardiorrespiratorio se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, que se traduce en la persona en pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales. Por ello que la prevención, el reconocimiento y la acción en los primeros minutos son cruciales para la sobrevivencia de las personas. (8)

En ésta circunstancia, las personas que están entrenadas en técnicas de Reanimación Cardiopulmonar (RCP), deben contar con un programa de desfibrilación temprana y saber cómo activar el Servicio Médico de Emergencias Local (SMEL) para la llegada del soporte cardíaco avanzado de vida.

La Reanimación o Resucitación Cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta que un tratamiento médico más avanzado y definitivo (soporte cardíaco avanzado) pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en

el sistema nervioso central. En un paro respiratorio, el porcentaje de sobrevivida es alto si se inicia un control adecuado de las vías aéreas y apoyo ventilatorio. En cuanto al paro cardíaco, la mayor incidencia de éxitos es cuando la RCP se da en los primeros minutos y la desfibrilación antes de los cinco minutos de ocurrido el paro.

Según Falcón ⁽⁹⁾ en 1992 la American Heart Association (AHA), convocó a las asociaciones de resucitación a nivel mundial para integrar el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), donde está incluidos los cinco continentes: American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ECR), Australian Resuscitation Council (ARC), Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), y Comité Directivo del Consejo Latinoamericano de Resucitación (CLAR).

En 1999 CLAR, miembro del Comité mundial ILCOR, creó el CONSEJO PERUANO DE REANIMACION (CPR), con la finalidad de conservar la vida y la salud de las personas en riesgo de sufrir muertes súbitas, y representar al ILCOR en nuestro país.⁽¹⁰⁾

El ILCOR tiene como misión “proporcionar un mecanismo por el que puedan identificarse la ciencia y el conocimiento internacionales relevantes para la atención médica urgente” ⁽¹¹⁾, de forma que, mediante consenso, puedan desarrollarse “guías internacionales en medicina de urgencias, específicamente para el soporte vital básico, el soporte vital pediátrico y el soporte vital avanzado” ⁽¹²⁾.

Este comité en octubre del 2015, dio a conocer las Nuevas Guías Internacionales de la RCP.

El personal de salud que intervienen en las maniobras de reanimación debe estar preparado y los servicios de atención deben poseer capacidad técnica, científica y humana. Cabe destacar el papel protagónico del profesional en enfermería, el cual debe poseer una serie de características, entre ellas conocimientos sobre RCP básico, ya que se considera una regla de oro, que si la atención es inmediata y oportuna antes de los cuatro minutos tiene mayor posibilidad de recuperación total.

En el servicio de Hospitalización Médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD, se ha podido observar que los pacientes que se encuentran hospitalizados están propensos a presentar una parada cardiorrespiratoria y cuando se presenta los profesionales de enfermería manifiestan inestabilidad en el proceso que se evidencia por intranquilidad, sudoración, van de un lugar a otro, se sonrojan, se quedan paradas o esperan a que el profesional médico les digan lo que tienen que hacer, entre otras manifestaciones.

Al interactuar refieren: “...no sabía qué hacer en ese momento, no me acordaba bien de los pasos que se siguen en la reanimación cardiopulmonar...”, “...porque tuvo que pasar en mi turno...”, entre otras expresiones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a todo lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los conocimientos de los enfermeros sobre la reanimación cardiopulmonar básica en el servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD, Lima 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Dado el incremento de muertes súbitas por PCR, es importante que todo personal de salud y en especial la enfermera participe en la reanimación cardiopulmonar básica, ya que es la persona que hace el primer contacto con el paciente, con el objetivo de realizar una atención oportuna y de calidad para salvar la vida de la persona.

La reanimación cardiopulmonar es un conjunto de medidas o maniobras aplicadas de forma secuencial, para restaurar el funcionamiento de los principales órganos vitales. Es importante porque ayuda a evitar la muerte por hipo perfusión del cerebro y del corazón y si se actúa antes de los primeros 5 minutos no deja daño neurológico.

Por lo que el personal de enfermería debe poseer los conocimientos actualizados sobre reanimación cardiopulmonar, a fin de que se identifique precozmente la parada cardiorrespiratoria y la actuación sea de forma inmediata y oportuna para salvar la vida de una persona evitando secuelas y/o muerte súbita por paro cardiorrespiratorio.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los conocimientos de los enfermeros sobre la Reanimación cardiopulmonar básico en el Servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD, Lima 2016

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conocimientos de los enfermeros sobre paro cardiorrespiratorio en adultos en el servicio de Hospitalización Médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, Lima – 2016.
- Identificar los conocimientos de los enfermeros sobre los procedimientos de la reanimación cardiopulmonar básica en el adulto en el servicio de Hospitalización Médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, Lima - 2016.

1.5 PROPOSITO

Los resultados del estudio está orientado a proporcionar a la información actualizada a la institución a fin de que permitan diseñar estrategias elaborando cursos de capacitación dirigido al profesional de enfermería, actualizando los contenidos sobre RCP Básico, con el fin de conservar la vida y la salud de la personas en riesgo de sufrir muerte súbita así como disminuir las secuelas neurológicas en el paciente que presente PCR tanto en el servicio de Hospitalización Medica como en los demás servicios.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

2.1.1 Nivel Internacional

Díaz Aguilar, Paola Karina el 2014, en Guatemala, realizó un estudio de investigación sobre: “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”, en la ciudad de Chiquimula, Guatemala. El objetivo fue desarrollar un proceso de investigación-acción sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica en el personal de enfermería en los servicios de adultos en Hospitales Nacionales de las regiones Nor-Oriente y Sur-Oriente de Guatemala, en los meses de febrero a agosto del año 2014. Tipo de estudio investigación – acción participativo, experimental. La población estuvo conformada por 853 enfermeras (os), distribuidos de la siguiente manera; Zacapa 133, Chiquimula 122, Izabal 126, El Progreso 116, Jutiapa 135, Jalapa 90, Santa Rosa 131. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron

“El nivel de conocimiento obtenido en la fase diagnóstica del proceso de investigación-acción, sobre conocimientos teóricos de Reanimación Cardiopulmonar Básico en adultos del personal de enfermería, es subóptimo”. (13)

Caballero Barreto Luis, el 2011, en Puerto Rico, realizó un estudio: “Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardio – pulmonar en pacientes adultos”, en la ciudad de San Juan – Puerto Rico. El objetivo fue determinar

el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre las guías de RCP de la Asociación Americana del Corazón. El método fue descriptivo. La población estuvo conformada por 85 enfermeros, los cuales fueron 45 enfermeros con grado asociado y 40 con grado de bachillerato. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“De acuerdo a los datos la mayoría de los participantes indican que su conocimiento es regular. A pesar de esto, los profesionales de enfermería se sienten capacitados para comenzar el manejo de un paciente en arresto cardio – pulmonar sin la presencia del médico. Igualmente, la mayoría de los profesionales de la enfermería conoce las nuevas guías desarrolladas por la AHA para el manejo de un paciente en arresto cadio – respiratorio”.

(14)

Mayuri de la Caridad Machado Álvarez y colaboradores, el 2010, en La Habana-Cuba, realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el Centro Nacional de Cirugía de mínimo acceso”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales del Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso sobre reanimación cardiopulmonar cerebral. El método que utilizó fue descriptivo, prospectivo, observacional, transversal y abierto, para conocer el nivel de conocimientos en maniobras de resucitación cardiopulmonar y cerebral. El área de estudio fue el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La muestra utilizada estuvo conformada por tres subgrupos: Grupo 1: Médicos, grupo 2: Licenciados en enfermería y grupo 3: Técnicos en enfermería para un total de 68 profesionales encuestados. El instrumento fue una

encuesta anónima de veinte preguntas basadas en las normas internacionales del Comité de Enlace Internacional de Resucitación año 2005 (Guías 2005). Algunas conclusiones a las que llegaron entre otras fueron:

“Se evaluó por medio de tres preguntas (3,4,5) la conducta a seguir ante cada forma de presentación del PCR, observándose que en el caso de la Fibrilación ventricular la desfibrilación fue seleccionada solo por 27 encuestados (39.7 %) seguida de la administración de epinefrina 16 (25 %). En el caso de la asistolia la administración de epinefrina fue seleccionada solo por 15 encuestados para 22.0 % y con relación a la actividad eléctrica sin pulso (AESP) 20 encuestados seleccionaron la administración de epinefrina (29.4 %) y 18 la administración de epinefrina más atropina (26.4 %).” (15)

2.1.2 Nivel Nacional

Falcón Alvino, Madeleine Pamela, en el 2014, realizado en Perú, realizó un estudio sobre “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014” en la ciudad de Lima – Perú. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre Reanimación cardiopulmonar básico del enfermero(a) del Programa de Segunda Especialización en enfermería UNMSM. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por 372 estudiantes de la segunda especialidad. El instrumento que se realizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“El nivel de conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica del enfermero del Programa de la Segunda Especialización en Enfermería UNMSM (Grafico 1), el mayor porcentaje de los enfermeros tiene conocimiento medio de reanimación cardiopulmonar básico, referido a las compresiones torácicas, manejo de las vías aéreas y la respiración; por tanto para realizar una reanimación cardiopulmonar de calidad se tienen que seguir los pasos del protocolo adecuadamente, ya que es esencial conocer y aplicar oportunamente las maniobras, y así restaurar las funciones vitales de la víctima, y de no ser así decrecen las oportunidades de supervivencia de la víctima”⁽¹⁶⁾

Benito Julca, Katherine, el 2013, en Lima – Perú, realizó un estudio titulado: “Conocimiento de las enfermeras sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto en el Programa Nacional SAMU - 2013”. El objetivo fue determinar los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 20 enfermeras. El instrumento que utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los conocimientos sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU el mayor porcentaje conocen en los diferentes aspectos de paro cardiorespiratorio y RCP básico, referido a la definición de PCR, buscar respuesta en el paciente, sobre apertura de vía aérea”.⁽¹⁷⁾

Siguas Astorga Yolanda María, en el 2005 en Lima – Perú, realizó un estudio titulado: “Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia del Hospital San José - Callao”. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las enfermeras. El método que se utilizó fue descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 100 enfermeras. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Las conclusiones entre otras fueron:

“Las enfermeras que laboran en el servicio de Emergencia del Hospital San José del Callao, en cuanto a reanimación cardiopulmonar básica en su mayoría tienen un nivel de conocimiento medio con tendencia a lo alto y en relación de la reanimación “cardiopulmonar avanzada un nivel de conocimiento bajo con tendencia a lo medio; por tanto es fundamental que el personal de enfermería conozca y esté preparado para realizar una reanimación cardiopulmonar tanto básico como avanzado en forma oportuna, eficiente y eficaz con la finalidad de aumentar la calidad de vida en el paciente y disminuya secuelas ” (18)

Por lo expuesto los antecedentes nacionales e internacionales han permitido estructurar la base teórica y la metodológica siendo importante que el personal de enfermería se actualice de acuerdo al avance científico y tecnológico en cuanto a los procedimientos de las guías de reanimación cardiopulmonar a fin de disminuir el riesgo de muerte.

2.2 BASE TEÓRICA

ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE PARADA CARDIORESPIRATORIA

“La parada cardiorrespiratoria se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea”. ⁽¹⁹⁾

Según la American Heart Association ⁽²⁰⁾ define al paro cardíaco súbito cuando el corazón desarrolla un ritmo anormal y no es capaz de bombear sangre, se produce un ritmo cardíaco anormal, este ritmo anormal hace que el corazón tiemble y deje de bombear sangre al cerebro, pulmones y otros órganos. Al cabo de unos segundos la persona no responde, no respira o solo jadea o boquea. Si la persona no recibe tratamiento inmediato para salvar la vida, fallece en cuestión de minutos. En cambio un ataque cardíaco se produce cuando el suministro sanguíneo que se dirige a la parte del músculo cardíaco se detiene. Esto sobreviene cuando se forma un coágulo en un vaso sanguíneo que transporta sangre oxigenada, si el vaso no se desbloquea rápidamente el músculo comienza a morir.

Los signos de un ataque cardíaco pueden aparecer de forma inmediata o durar por semanas o incluso más tiempo. Generalmente durante un ataque cardíaco el corazón continúa bombeando sangre, cuanto más tiempo transcurre sin que la persona que sufre un ataque cardíaco reciba tratamiento, mayor es el posible daño ocasionado al músculo cardíaco y esto en ocasiones desencadena un ritmo anormal que puede derivar un paro cardíaco súbito. ⁽²¹⁾

“La mayoría de los ataques cardíacos no conducen a un paro cardíaco súbito, pero si un pequeño porcentaje, no obstante una causa habitual del paro cardíaco súbito es el ataque cardíaco”. (22)

El principal peligro de la PCR es la muerte de las neuronas (células del cerebro) por falta de oxígeno, ya que mueren en un periodo que oscila entre los 4-8 minutos, provocando la muerte de la víctima o dejando secuelas irreversibles.

“La PCR es la mayor emergencia médica y es reversible si el paciente es reanimado correctamente y en el menor tiempo posible” (23) y como vemos en nuestro mundo actual tendremos entre las principales causas los eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, debido especialmente al incremento de los factores de riesgo.

Según Nodal, López y Domínguez (citado por Falcón (24)) en la parada cardiorrespiratoria se presentan las manifestaciones clínicas y causas

Manifestaciones clínicas

- Pérdida brusca de la conciencia.
- Ausencia de pulsos centrales (carotideo, femoral).
- Cianosis.
- Apnea y/o gaspings (respiración en boqueadas).
- Midriasis (dilatación pupilar).

Causas

Generalmente el paro cardíaco se debe a procesos que afectan al corazón tales como:

- Infarto de miocardio
- Algunos tipos de arritmia (ritmos anormales del corazón).
- Shock cardiogénico (fallo cardíaco debido a la insuficiencia de la función de bombeo del corazón).
- Enfermedad de las válvulas cardíacas o del músculo del corazón.
- Hemorragias severas.
- Hipotermia profunda.
- Traumatismo.

Tipos

Se conoce tres tipos de paro cardíaco

Fibrilación ventricular

“La principal causa de PCR, el adulto es la fibrilación ventricular, que es causada por mecanismo de reentrada, causando contracciones desordenadas y deficiente de las células del corazón. Es el trastorno más común del ritmo cardíaco los dos primeros minutos de PCR en los adultos y el tratamiento es la desfibrilación”.

(25)

Es por eso que la fibrilación ventricular es conocida como: “una alteración grave que suele terminar en forma mortal si no se corrige de inmediato en un lapso de tres a cinco minutos que se manifiesta

en una actividad continua, desordenada y caótica de los ventrículos”.

(26)

Asistolia

La asistolia es donde no existe actividad eléctrica en el corazón, y no se evidencia en el ECG., Según Nodal, Gómez y Domínguez (27) constituye el ritmo primario o responsable de la aparición de una situación de PCR en el 25% de las acontecidas en el ambiente hospitalario y en el 5% de las extrahospitalarias. No obstante, se encuentra con más frecuencia al ser la evolución natural de las FV no tratadas. Su respuesta al tratamiento es mucho peor que la de la FV, cuando es causada por enfermedad cardíaca, presentando una supervivencia menor de un 5%.

Actividad eléctrica sin pulso

“Es el ritmo cardíaco eléctrico y continuo en ausencia de función mecánica eficaz y de pulso, esto es, hay complejos QRS en el electrocardiograma pero no hay contracción mecánica”. (28)

“Esta situación es, inevitablemente, transitoria, pues el déficit de flujo coronario acabará por afectar la actividad eléctrica cardíaca. Es una situación de muy mal pronóstico, con menos del 5% de supervivencia, excepto en aquellos casos que sea debida a un fenómeno transitorio o rápidamente corregible”. (29)

GENERALIDADES SOBRE REANIMACIÓN CARDIORRESPIRATORIA

“La resucitación cardiopulmonar es el conjunto de maniobras encaminadas a revertir una parada cardiorrespiratoria, devolviendo al paciente un ritmo cardíaco eficaz al tiempo que se le proporciona una ventilación adecuada”. ⁽³⁰⁾

Según Vigo ⁽³¹⁾ (citado por Benito ⁽¹⁷⁾) la Reanimación o Resucitación Cardiopulmonar (RCP) es un conjunto de acciones cuyo objetivo principal es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta que un tratamiento médico más avanzado y definitivo (soporte cardíaco avanzado) pueda restaurar las funciones cardíacas y respiratorias normales evitando el daño en el sistema nervioso central. En un paro respiratorio, el porcentaje de sobrevivida es alto si se inicia un control adecuado de las vías aéreas y apoyo ventilatorio. En cuanto al paro cardíaco, la mayor incidencia de éxitos es cuando la RCP se da en los primeros minutos y la desfibrilación antes de los cinco minutos de ocurrido el paro.

Contraindicaciones

Según Julian Jimenez ⁽³²⁾ existen algunas condiciones donde no se puede practicar RCP como en los siguientes casos:

- Cuando el paciente presenta signos evidentes de muerte biológica: lividez, rigor mortis, etc.
- Si es consecuencia de la evolución de una enfermedad irreversible con mal pronóstico a corto plazo o si el paciente a expresado claramente su deseo de no ser reanimado.

- Si el paciente lleva más de diez minutos en PCR sin haberse iniciado las maniobras de RCP Básico (escasas posibilidades de recuperar las funciones cerebrales) no es aplicable en ciertas situaciones como hipotermia o intoxicación barbitúrica, el ahogamiento o la hipotermia.
- Cuando la RCP demore la atención a otras víctimas con mayor probabilidad de sobrevivir (accidentes con múltiples víctimas).
- Riesgos graves para el propio reanimador.

Reanimación Cardiopulmonar Básico

“La reanimación cardiopulmonar básico o soporte vital básico hace referencia al mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y al soporte de la respiración y circulación, sin equipamiento utilizando únicamente un mecanismo protector además de una desfibrilación precoz”. (33)

Objetivos:

Entre los objetivos de la RCP básico es “reemplazar primero y reinstaurar después la respiración y la circulación espontánea, siempre y cuando existan posibilidades razonables de recuperar las funciones cerebrales superiores. Se estima que el periodo óptimo en que debe iniciarse en RCP es de 4 minutos” (34)

Tratamiento de PCR

El correcto tratamiento de la PCR se basa en iniciar de forma precoz lo que se conoce como la cadena de supervivencia.

Según las nuevas guías de la AHA del 2015, se ha recomendado la creación de cadenas de supervivencia separadas en las que se identifiquen las diferentes vías asistenciales para pacientes que sufren un paro cardíaco hospitalario y extrahospitalario.

Según la AHA ⁽³⁵⁾ en la nueva guía del 2015, en el caso de los pacientes adultos hospitalizados, el paro cardíaco se suele producir como consecuencia de un empeoramiento de cuadro respiratorio o circulatorio graves. Muchos de ellos se pueden predecir y evitar por medio de una observación cuidadosa, de la prevención y de un tratamiento precoz de los cuadros previos al paro cardíaco mediante la interacción multidisciplinaria.

Entre los eslabones de esta cadena son:

- Vigilancia, prevención y tratamiento de los cuadros clínicos anteriores al paro cardíaco como consecuencia de empeoramiento de cuadros respiratorios y circulatorios.
- Reconocimiento inmediato del paro cardíaco y activación del sistema de respuesta a emergencias.
- RCP precoz con énfasis en las compresiones torácicas. Dando énfasis a un RCP de alta calidad sin demora donde se puede mejorar enormemente la probabilidad de supervivencia de una víctima, los testigos presenciales que no están entrenados en el procedimiento del RCP pueden al menos realizar compresiones torácicas.
- Desfibrilación rápida, combinada con un RCP de alta calidad pueden duplicar o triplicar las posibilidades de supervivencia
- Cuidados posparo cardíaco multidisciplinarios.

Cadenas de supervivencia en los paros cardíacos intrahospitalarios y los paros cardíacos extrahospitalarios

PCIH



PCEH



Fuente: AMERICAN HEART ASSOCIATION, Guidelines 2015 CPR & ECC

Secuencia de RCP básico o SVB para adulto

Entre los siguientes pasos que se realizan para realizar un RCP básico tenemos los siguientes de acuerdo a la actualización de la AHA 2015:

- **Comprobar la seguridad de la escena y buscar ayuda:**

Antes de realizar una reanimación cardiopulmonar ya sea en el ámbito extra hospitalario como intrahospitalario ver si la escena donde se realizará es segura.

Ya cuando uno verifique la seguridad de la escena en el ámbito intrahospitalario verificar si el paciente responde ya sea con

estímulos verbales o táctiles, al no conseguir respuesta del paciente pedir ayuda al personal de salud que se encuentre presente.

En cada institución de salud – hospital hay un sistema de respuestas a emergencias donde al ver esta situación se tiene que activar ya sea llamando a un código hospitalario específico. Además de mandar a un personal de salud a conseguir un DEA en forma inmediata

- **Evaluar la respiración y el pulso**

Para mantener un adecuado RCP de alta calidad la verificación de la respiración y del pulso no debe tomar más de 10 segundos según lo considerado en las últimas guías de actualización.

Respiración – se debe de comprobar si el tórax del paciente se eleva y desciende, al verificar que es una respiración anormal como jadeos/boquea se debe considerar como un signo de paro cardíaco

Comprobación del pulso – para realizar la comprobación del pulso se debe de realizar sobre la arteria carótida, este pulso persiste aun cuando la hipotensión haga desaparecer otros pulsos periféricos. La arteria carótida se encuentra en el canal formado por la tráquea y los músculos laterales del cuello.

“Si no se encuentra el pulso al cabo de los 10 segundos se inicia RCP de alta calidad comenzando con compresiones torácicas, activar el sistema de emergencias y conseguir DEA de forma inmediata” ⁽³⁶⁾

Ante la evaluación del pulso y respiración se puede encontrar diversas situaciones entre estas tenemos según la guía de la AHA 2015 ⁽³⁷⁾:

- Si respira con normalidad y hay pulso – se mantendrá en vigilancia al paciente.
- Si no respira en forma normal y hay pulso – realizar respiración de rescate que consiste en brindar una ventilación cada 5-6 segundos o 10-12 ventilaciones por minuto. Ante la sospecha de administración de opiáceos se debe pensar en la administración de naloxona.
- Si no respira jadeo/boquea y no hay pulso - se inicia RCP de alta calidad.

- **Inicio de RCP de alta calidad**

Según en los aspectos destacados de la actualización de las guías para RCP y ACE del 2015 ⁽³⁸⁾ tenemos algunas consideraciones

Compresiones torácicas (C): Son aplicaciones rítmicas y seriadas de presión sobre el centro del pecho que crean un flujo de sangre por incremento de la presión intra torácica y por la compresión directa del corazón. Las compresiones torácicas generan flujos sanguíneos al cerebro y al corazón, incrementando las posibilidades de que la desfibrilación temprana sea exitosa.

- Comprimir el tórax “rápido y fuerte” a una frecuencia de 100 - 120 por minuto, según estudios se aumenta el rango de las

compresiones porque una amplia serie de registros indicó que, por encima de 120 cpm, la profundidad de las compresiones disminuye cuanto más aumenta la frecuencia. Por ejemplo, la proporción de compresiones con una profundidad inadecuada era de en torno al 35 % para una frecuencia de 100 a 119 cpm, pero aumentaba hasta el 50 % cuando la frecuencia era de 120 a 139 cpm y hasta el 70 % cuando la frecuencia era superior a 140 cpm.

- Profundidad de las compresiones de 5 cm., pero no debe de sobrepasar los 6 cm. en adultos ya que una profundidad de compresiones de unos 5 cm se asocia a una mayor probabilidad de obtener una evolución clínica favorable en comparación con compresiones más superficiales. Si son profundas más de 6 cm podría ocasionar lesiones, aunque ninguna de ellas entrañaría riesgo para la vida de la víctima.
- Permitir el retorno completo del tórax durante la fase de descompresión y se produce cuando el esternón regresa a su posición natural o neutra durante la fase de descompresión de la RCP. La expansión de la pared torácica crea una presión intratorácica negativa relativa que favorece el retorno venoso y el flujo sanguíneo cardiopulmonar.
- Minimizar las interrupciones durante las compresiones torácicas.

Técnica de las compresiones torácicas:

Según la guía de la AHA 2015 ⁽³⁹⁾ la técnica de compresiones torácicas son:

- Situar a un lado de la víctima.
- Asegurar que la víctima se encuentre boca arriba sobre una superficie firme y plana, si se tiene la sospecha de una lesión cervical o craneal mantener cabeza, cuello y el torso alineados al girar a la víctima.
- Colocar las manos y el cuerpo para realizar las compresiones torácicas poniendo el talón de una mano sobre el centro del tórax, en la mitad inferior del esternón, luego colocar el talón de la otra mano encima de la primera, de ahí poner los brazos firmes y coloque los hombros directamente sobre las manos.
- Realizar compresiones torácicas con una frecuencia de 100 a 120 cpm.
- Hundir el tórax al menos 5 cm con cada compresión. En cada compresión torácica asegurar de ejercer presión en línea recta sobre el esternón de la víctima.
- Entre cada compresión asegurarse de que el tórax vuelva a su posición normal.
- Reducir las interrupciones de las compresiones torácicas al mínimo.
- Luego de 30 compresiones dar 2 respiraciones de apoyo de 1 segundo de duración cada uno.
- Combinar compresiones torácicas con ventilaciones de apoyo, (30:2) durante 5 ciclos.

Manejo de la Vía aérea (A): En víctimas inconscientes, los músculos que sostienen la lengua se relajan y permiten que la lengua caiga, ésta la causa más común de obstrucción de la vía aérea en la víctima inconsciente.

Según la AHA 2015 ⁽⁴⁰⁾ existen dos métodos para abrir la vía aérea que son la maniobra de extensión de la cabeza y elevación del mentón y la tracción mandibular. Si se sospecha de una lesión cervical solo se utilizaría la maniobra de tracción mandibular para limitar el movimiento del movimiento del cuello y la columna.

- **Maniobra frente – mentón.**

Entre los pasos a seguir para realizar la maniobra frente – mentón según las indicaciones de la AHA 2015 son las siguientes:

- Colocar una mano sobre la frente de la víctima y empuje con la primera para inclinar la cabeza hacia atrás
- Colocar los dedos de la otra mano debajo de la parte ósea de la mandíbula cerca del mentón
- Levante la mandíbula para traer el mentón hacia delante

La realización de esta maniobra acorta la lengua y permite mayor permeabilidad de la vía aérea, si al momento de realizarlo observamos algún objeto que impida la permeabilidad como un cuerpo extraño se debe retirar utilizando una pinza maguil siempre y cuando sea visible.

- **Maniobra de tracción mandibular**

La maniobra de tracción mandibular se realiza cuando hay una sospecha de lesión cervical.

Entre los pasos a seguir para realizar la maniobra de tracción mandibular según las indicaciones de la AHA 2015 son las siguientes:

- Colocar una mano a cada lado de la cabeza de la víctima, se puede apoyar los codos sobre la superficie en la que está tendida la víctima.
- Poner los dedos debajo de los ángulos de la mandíbula y levantarla con ambas manos, desplazando la mandíbula hacia delante.
- Si se observa que los labios se cierran empujar el labio inferior con el pulgar para abrirlos.

Respiración (B): La respiración ayuda a la víctima a proporcionar suficiente oxígeno y así evitar la muerte cerebral y el volumen corriente adecuado para un adulto es de 600 mml (6-7 ml/Kg) ⁽⁴¹⁾

En el ámbito hospitalario la ventilación se debe realizar con dispositivo de bolsa mascarilla (ambu), ya que realiza una ventilación con presión positiva conectado a una mascarilla facial, estos dispositivos que encontramos en los ambientes hospitalarios proporcionan una conexión de oxígeno, pero si se brinda la ventilación sin un aporte de oxígeno suplementario se está brindando a la víctima un oxígeno ambiental al 21 %.

Existen varios tamaños de mascarillas siendo para el paciente adulto de tamaño grande, la mascarilla debe extenderse desde el puente de la nariz hasta la hendidura del mentón cubriendo la nariz y la boca sin comprimir los ojos con sello hermético ya que si el sello no es hermético la ventilación sería ineficaz.

Entre las técnicas de ventilación con bolsa mascarilla según las recomendaciones de la AHA 2015 ⁽⁴²⁾ son las siguientes:

- Situarse por encima de la cabeza de la víctima.
- Colocar la mascarilla sobre el rostro de la víctima sirviéndose del puente de la nariz como referencia para situarla en una posición correcta.
- Utilizar la técnica de sujeción C-E (utilizando los dedos pulgar e índice de la mano formando una C presionando los bordes de la mascarilla en el rostro y los demás dedos para elevar los ángulos de la mandíbula, 3 dedos que forman una E), para sostener la mascarilla en su lugar mientras eleva la mandíbula para mantener la vía aérea abierta.
- Comprima la bolsa para realizar ventilaciones (1 segundo por ventilación independientemente si se utiliza oxígeno adicional o no) mientras se observa a la vez como se eleva el tórax.

- **Desfibrilación temprana**

Hay una variedad de definiciones acerca del desfibrilador externo automático entre ellos podemos tomar en cuenta que “es un equipo ligero y portátil que puede identificar si un ritmo cardíaco anormal que precisa una descarga, dicha descarga es capaz de interrumpir el ritmo anormal (FV, TVSP) y restablecer el ritmo normal del corazón”.

(43)

El uso del DEA retrasa la conversión de un ritmo anormal a asistolia conllevando a disminuir el deterioro cardíaco y cerebral consiguiéndose supervivencias superiores al 85% si se realiza inmediatamente. (44)

Entre los pasos universales para el manejo adecuado del DEA según la última guía de la AHA 2015 ⁽⁴⁵⁾ lo mencionan de la siguiente manera:

1. Abrir el maletín de transporte y si es necesario encender el DEA – seguir las instrucciones para guiarse de los pasos del dispositivo.
2. Conectar los parches del DEA en el tórax desnudo de la víctima, elegir parches de adultos para víctimas más de 8 años.
 - Se retira la lámina de los parches del DEA.
 - Colocar los parches del DEA adhesivos sobre el tórax desnudo de la víctima.
 - Conectar los cables del equipo al DEA.
3. Alejarse de la víctima y dejar que el DEA analice el ritmo
 - Cuando el DEA lo indique haga que todos los presentes se aparten de la víctima durante el análisis, que nadie toque a la víctima ni siquiera el que realiza las ventilaciones.
 - El DEA indicara si es necesario administrar una descarga.
4. Si el DEA aconseja una descarga le indicará que se aleje de la víctima y que administre una descarga seguidamente.
 - Alejarse de la víctima antes de administrar la descarga y asegurar que nadie lo toque
 - Indicar en voz alta que todos los presentes deben alejarse de la víctima.
 - Realizar una comprobación visual para asegurarse de que nadie está en contacto con la víctima.
 - Pulse el botón de descarga.
 - La descarga provocara una contracción súbita de los músculos de la víctima.

5. Si no es necesario administrar la descarga y después de cualquier descarga reanude inmediatamente la RCP comenzando con las compresiones torácicas.
6. Al cabo de unos 5 ciclos o 2 minutos de RCP el DEA le indicara que repita los pasos 3 y 4.

Ante estos pasos que se mencionan debemos de tener en cuenta sobre la adecuada colocación de los parches adhesivos, “uno bajo la clavícula derecha y el otro parche en la posición V6 de la línea media axilar”. ⁽⁴⁶⁾

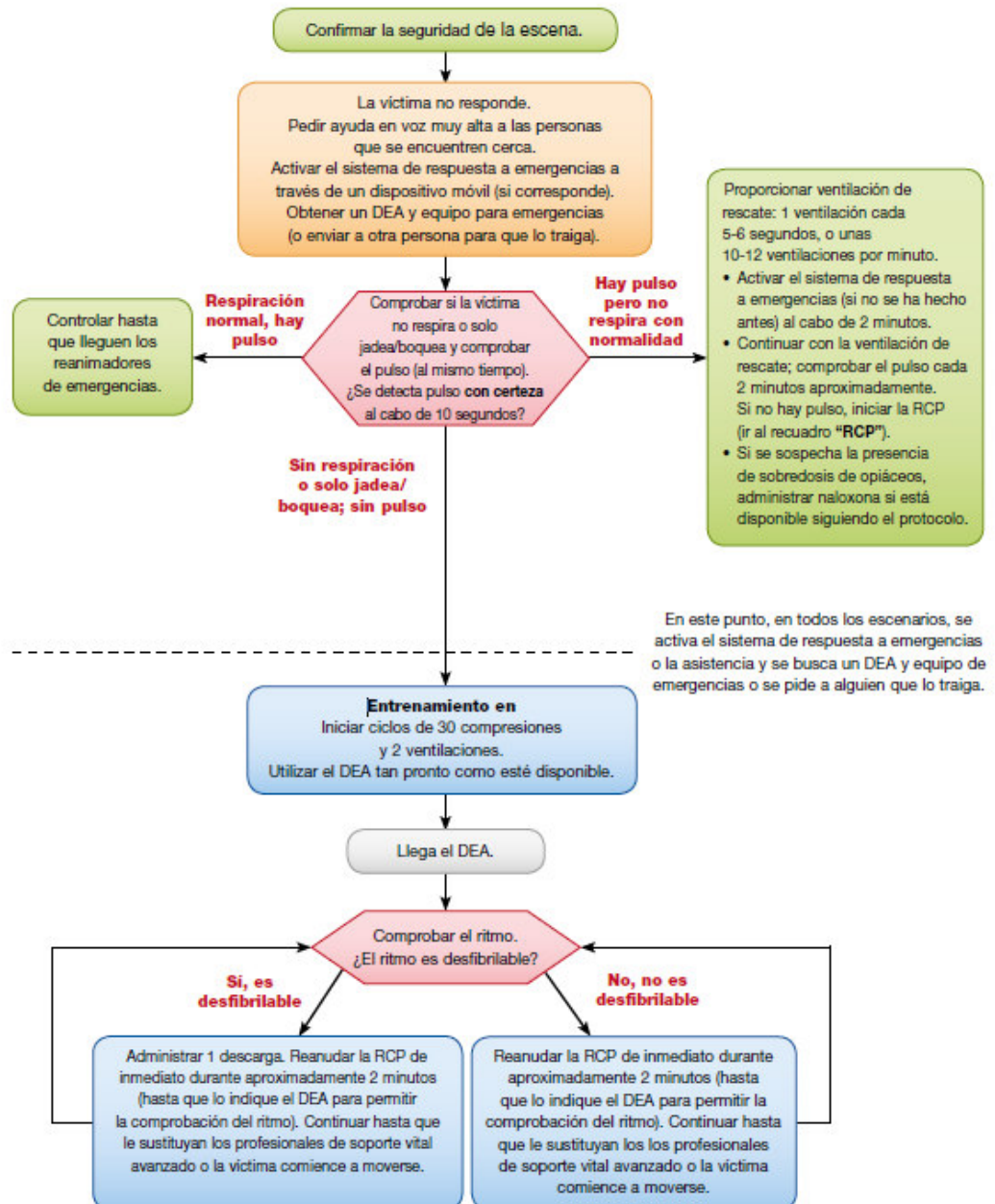
Cuando el DEA encuentra un ritmo desfibrilable como la TVSP o FV en un DEA monofásico el choque debe ser de 360 J y si es bifásico el DEA el choque debe de ser entre 150 – 200 J ⁽⁴⁷⁾

Enfermería en Emergencias y Desastres

El enfermero especialista en emergencia y desastres tiene como perfil valorar inmediatamente la situación de salud del usuario en estado crítico en riesgo inminente de muerte utilizando criterios de oportunidad y precisión además que presta atención integral al usuario y realiza seguimiento del estado hemodinámico, metabólico y neurológico en emergencia para resolver individualmente o como miembro del equipo de salud, los problemas de salud detectados a través de signos y síntomas de alarma usando el avance científico y tecnología avanzada. ⁽⁴⁸⁾

Según lo citado por Benito Julca Katherine ⁽⁴⁹⁾, en la reanimación cardiopulmonar el rol del enfermero se da en tres etapas, antes, durante y después de la reanimación.

Algoritmo de paro cardíaco en adultos para profesionales de la salud que proporcionan SVB/BLS: actualización de 2015



Fuente: AMERICAN HEART ASSOCIATION, Guidelines 2015 CPR & ECC

Antes de la reanimación debe estar preparado para el momento de la reanimación obteniendo una reanimación básica en los primeros cuatro minutos disminuyendo la mortalidad mejorando la sobrevida con el reconocimiento de los signos tempranos de inminencia de paro cardiorrespiratorio y con los conocimientos actualizados.

Durante la reanimación el profesional de enfermería debe de desarrollar la cadena de supervivencia y efectuar RCP de alta calidad.

Después de la reanimación el rol del profesional de enfermería está dirigido a una serie de intervenciones que garantizan el final de una reanimación exitosa como monitorizar estrictamente, evaluación y seguimiento permanente del manejo suministrado al paciente durante el paro, valoración neurológica, tener el tiempo de inicio y fin del RCP, realización de notas de enfermería.

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Conocimientos: Es toda aquella información que posee el profesional de Enfermería en relación a la RCP Básico, que es obtenida a través de un cuestionario y valorado en conoce y no conoce.

Reanimación cardiopulmonar: Es el conjunto de medidas que realiza el enfermero de forma secuencial para brindar el aporte de oxígeno a los órganos vitales y evitar la muerte.

Reanimación cardiopulmonar Básica: Está dado por el conjunto de maniobras que se realizan para revertir un paro cardiorrespiratorio restaurando las funciones cardiacas y respiratorias asegurando la supervivencia del paciente y evitando secuelas neurológicas.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo, ya que permitió asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel aplicativo, ya que surgió de la realidad por su transcendencia, método descriptivo, corte transversal porque permitió presentar los datos recolectados y como se presenta en un tiempo y espacio determinado.

3.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ubicado en intersección Av. 26 de noviembre y Defensores en el Distrito de Villa María del Triunfo que pertenece al Departamento de Lima.

La institución cuenta con un servicio de Hospitalización médica con 50 camas, dividido en 26 ambientes, cuenta además de un ambiente para procedimientos, dos estaciones de enfermería.

3.3 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

La población estuvo conformada por 30 Licenciados (as) en enfermería de sexo femenino y masculino, que trabajan en el Servicio de Hospitalización Médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 Los criterios de inclusión:

- Enfermeros (as) que trabajan en el servicio de Hospitalización médica.
- Enfermeros (as) que aceptan participar en el estudio.

3.4.2 Los criterios de exclusión son:

- Enfermeros (as) con cargo administrativo.
- Enfermeros (as) que estén de vacaciones, licencia por enfermedad.
- Enfermeros (as) que estén de apoyo en el servicio.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, que consta de presentación, datos generales y datos específicos (Anexo B) validado por Katherine Julissa Benito Julca (2013) el cual fue modificado siendo sometido a jueces de expertos, los mismos que fueron procesados en la tabla de concordancia y prueba binomial (Anexo D). Posterior a ello se llevó a cabo la prueba de fiabilidad a fin de resaltar la validación estadística mediante el coeficiente de correlación de Pearson (Anexo G), y la confiabilidad a través de la aplicación de la prueba de K – Richardson (Anexo H).

3.6 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para llevar a cabo el estudio se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD, y la presentación del proyecto de investigación a la unidad de investigación y docencia de la institución para el permiso respectivo. Luego se realizaron las coordinaciones con el servicio de Hospitalización médica, con el jefe médico del servicio para la ejecución y la enfermera jefa del servicio, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando una duración promedio de 20 minutos, aplicándolo previo consentimiento informado, el cual se llevó a cabo en el mes de noviembre del 2016.

Concluida la recolección de datos, éstos fueron procesados mediante el paquete de Excel 2010 previa elaboración de la Tabla de Códigos (Anexo E) y la Tabla Matriz (Anexo F).

Los resultados fueron presentados en gráficos estadísticos, para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida, considerando el marco teórico.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo previa autorización del Director General del Hospital y el consentimiento informado del enfermero (a) que labora en el servicio de Hospitalización médica expresándole el carácter anónimo y la confidencialidad de la información, el cual sólo será utilizado para fines del estudio, respetando el criterio de autonomía y confidencialidad (Anexo C).

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

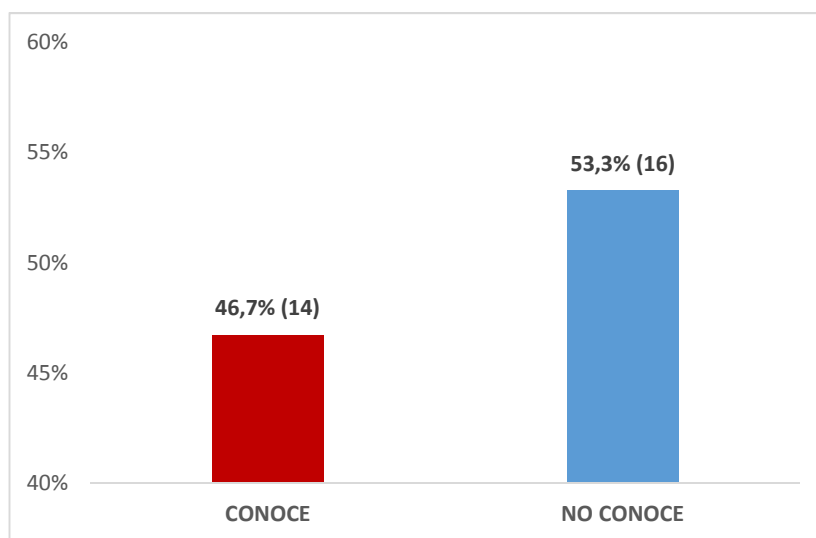
4.1. RESULTADOS

Sobre los datos generales tenemos que del 100 % (30), el 90% (27) son de sexo femenino y 10% (3) de sexo masculino, el 47% (14) tienen edad de 20-30 años, 47% (14) 31-40 años y 6% (2) 41 años a mas respectivamente, el 86.6% (26) refiere haber llevado curso de RCP, en relación a la participación en RCP el 76.6% (23) refiere haber participado. (Anexo J).

Por lo expuesto podremos decir que la mayoría es de sexo femenino y tienen de 20 – 40 años, es decir que son adultos jóvenes y maduros además que la mayoría refiere tener conocimiento tanto en su definición como en la aplicación de la reanimación cardiopulmonar, a su vez la mayoría refiere haber participado en las maniobras de reanimación cardiopulmonar en pacientes que presentan parada cardiorrespiratoria.

GRÁFICO 1

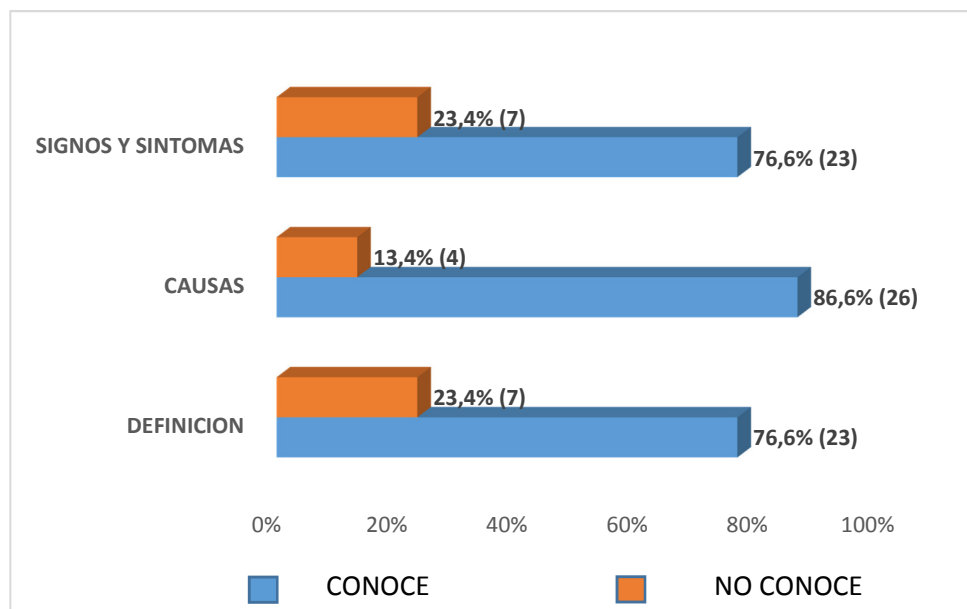
**CONOCIMIENTOS DE LOS ENFERMEROS SOBRE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BASICO EN EL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO KAEIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**



Respecto a los conocimientos de los enfermeros sobre reanimación cardiopulmonar básico en el servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente, del 100% (30), 53 % (16) no conoce y 47 % (14) conoce. (Anexo K), sobre el conocimiento respecto a la parada cardiorrespiratoria el 100 % (30), 60 % (18) conoce y 40% (12) no conoce. (Anexo L), a su vez respecto al conocimiento sobre RCP y la secuencia el 100 % (30), 57 % (17) no conoce y 43 % (13) conoce. (Anexo M).

GRÁFICO 2

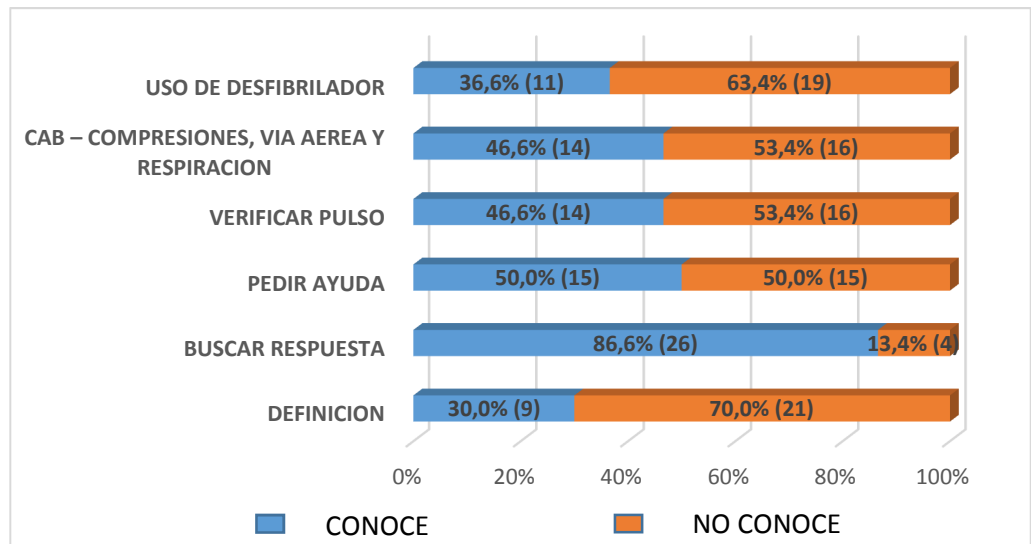
**CONOCIMIENTO SOBRE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN
ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA
EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**



Acerca de los conocimientos sobre la dimensión de parada cardiorrespiratoria en enfermeros del servicio de Hospitalización medica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente se observa que del 100 % (30), 76.6%(23) conocen sobre los signos y síntomas sobre parada cardiorrespiratoria, 86.6 % (26) conocen sobre las causas de parada cardiorrespiratoria y 76.6 % (23) conocen sobre la definición de parada cardiorrespiratoria. (Anexo N)

GRÁFICO 3

**CONOCIMIENTO SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS EN LA REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA
2016**



Acerca de los conocimientos sobre los procedimientos que se realizan para la reanimación cardiopulmonar, del 100 % (30) 70 % (21) no conocen sobre la definición de la reanimación cardiopulmonar, el 50 % (15) sobre el aspecto de pedir ayuda ante un paciente con PCR, el 53.4 % (16) sobre la identificación y tiempo que se tiene que tomar para verificar el pulso en un paciente que presenta una PCR, el 53.4 % (16) sobre la secuencia de compresiones, vía aérea y respiración y el 63.4 % (19) sobre el uso del desfibrilador. (Anexo O).

Acerca del conocimiento sobre las compresiones, vía aérea y respiración, del total 100 % (30), el 60 % (18) no conoce sobre el número de compresiones torácicas que se tiene que hacer por minuto, el 56.7 % (17) sobre la profundidad de las compresiones torácicas, el 80 % (24) sobre el flujo generado por las compresiones, el 63.4 % (19) sobre la permeabilización de la vía aérea ante un paciente con sospecha de lesión cervical, el 83.4 % (25) sobre el tiempo máximo que se debe usar para dar cada ventilación durante la RCP, el 66.6% (20) sobre la colocación de los parches para el uso del desfibrilador un 73.4 % (22) sobre las contraindicaciones del uso del desfibrilador. Pero un porcentaje considerable 83.3 % (25) conocen sobre la complicación ante las compresiones torácicas, 86.6 % (26) sobre buscar ayuda ante un paciente que sufra una PCR (Anexo Q)

4.2. DISCUSIÓN

Las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en el mundo, y representan en la actualidad, un importante problema de salud pública mundial.

Las muertes súbitas que se presentan por causas cardiovasculares y cerebrovasculares se deben a que existen condiciones en el ser humano, conocidas como factores de riesgos, que influyen directamente en las personas. Muchos de estos factores pueden ser cambiados, como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el nivel alto de colesterol sanguíneo, la obesidad, el sedentarismo y el exceso de estrés, disminuyendo con ello la incidencia de muerte súbita o paro cardiorrespiratorio.

A nivel internacional hacen mención pero de forma generalizada sobre el conocimiento del RCP como Díaz en el 2014, donde el conocimiento del personal de enfermería sobre RCP es subóptimo con un 95 % y que solo el 5 % alcanzo el nivel óptimo. Asimismo Caballero en el 2011 refiere que el conocimiento generalizado de la RCP es regular con un 49%.

En caso contradictorio podemos ver que Balcázar en el 2015 concluye que el 89.3% demostraron conocimientos insatisfactorios sobre reanimación cardiopulmonar y que en el personal de salud del servicio de urgencias de nuestra unidad existen deficiencias graves en los conocimientos de reanimación cardiopulmonar referido las técnicas propiamente dichas.

En el ámbito nacional se han realizado algunos estudios sobre conocimientos generalizados de la RCP como Falcón en el 2015, donde el 69% (50) tiene un conocimiento medio sobre RCP. Caso contrario Benito en el 2013 refiere que el 59% tiene conocimientos sobre RCP

Podemos decir que en comparación con los resultados obtenidos hay mayor semejanza en el ámbito internacional con el desconocimiento del RCP, pero hay cierta contradicción en el ámbito nacional ya que no conocen sobre el RCP con un 53.3%.

Es por eso que el profesional de enfermería debe poseer un conocimiento claro y actualizado sobre el paro cardiorrespiratorio (PCR) que se define como una situación que cursa con interrupción brusca de la respiración y de la circulación, produciendo una disminución del transporte de oxígeno que puede provocar la muerte de la persona. No solo conocer la definición sino sobre las causas que lo provocan como

los signos y síntomas permitiendo una adecuada identificación de los mismos y así prestar una adecuada intervención del personal de enfermería para contrarrestar la PCR.

En el ámbito nacional podemos ver escasos estudios que identifican los conocimientos sobre PCR como Benito en el 2013 donde refiere que el 70% conoce sobre las causas que ocasiona una PCR, además que el 80% conoce sobre los signos y síntomas.

A pesar de no tener estudios comparativos para un mayor análisis podemos ver que hay cierta similitud como en las causas que se obtuvo un 86.6% que es de mayor porcentaje y sobre signos y síntomas con un 76.6%.

Estos resultados nos hacen reflexionar que el profesional de enfermería debe de estar en constante capacitación y actualización sobre conceptos generales de la PCR aunque no solo vale tener dichos conocimientos sino también tener práctica en la identificación de los mismos ya que repercute en la calidad de atención del enfermero ya que el profesional de enfermería actualizarse de acuerdo a los avances científicos, tecnológicos sobre el manejo de la RCP e intentar la mejora de la calidad de vida del paciente.

Según la AHA en su última guía del año 2015 para la realización de un RCP de alta calidad se debe tener conocimientos sobre la identificación de una adecuada cadena de supervivencia especialmente en el ámbito intrahospitalario, saber sobre el pedido de ayuda y activación de clave según el ámbito hospitalario que se encuentren y también realizar un trabajo multidisciplinario además de continuar con la secuencia de compresiones – vía aérea y respiración.

Según las últimas actualizaciones indican que en la verificación del pulso no se debe tomar más de 10 segundos, de la realización de 100-120 de compresiones torácicas y sobre la profundidad de las mismas que son de 5 cm en una secuencia de 30 compresiones y 2 respiraciones por ciclo en un total de 5 ciclos.

Según Falcón con respecto al conocimiento de las compresiones torácicas el 78% tiene conocimiento medio y el 19% tienen conocimiento alto, Asimismo Benito en 2013 el 58% conoce sobre la cantidad de compresiones torácicas que se debe realizar. Dichos resultados no contrastan sobre lo encontrado ya que el 60% no conoce sobre las compresiones torácicas y que el 56.7% no conoce sobre la profundidad de las compresiones torácicas.

Al respecto de estos conocimientos específicos sobre las compresiones torácicas en el ámbito internacional lo mencionan en forma generalizada como maniobras integras de RCP, pero estos conocimientos siempre van en constante cambio por eso se puede inferir que estos resultados no se asemejarían mucho a los anteriores siendo la medición de los conocimientos de RCP basándonos en las guías del AHA 2015 y la mayoría de profesionales de enfermería y los pocos estudios realizados al respecto se basan en los conocimientos impartidos en la guía del 2010.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en un adecuado conocimiento de RCP es sobre el manejo de la vía aérea y la ventilación ya que permite proporcionar un adecuado aporte de oxígeno al cerebro ya que el corazón no bombea sangre, además según lo señalado por la AHA en el 2010 y que lo enfatizan también en el 2015 que el aporte de

oxígeno no debe de demorar más de 1 segundo y sobre mantener la permeabilidad de la vía aérea y tener en cuenta los casos de posibles tipos de maniobras para la permeabilización de la vía aérea.

Falcón en el 2014 concluye en su estudio que el 14 % solo conoce sobre manejo de vía aérea - permeabilidad y que solo el 25% conoce sobre la cantidad de respiraciones que se dan en cada ciclo y el tiempo máximo que se debe tomar en dar la respiración. Caso contrario Benito en el 2013 refiere que el 76% conoce sobre manejo de vía aérea y 49% conoce sobre ventilación.

Podemos ver que dichos resultados también contradicen a los resultados obtenidos a pesar que los conocimientos respecto a estos puntos no han cambiado y se infiere por la falta de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería ante la emergencia a pesar de que se encuentre en un ambiente hospitalario y con todos los insumos necesarios y el equipo multidisciplinario presente y a disposición

Con respecto al uso del DEA que es de vital importancia ya que permite revertir de forma eficaz una PCR, siempre y cuando sea una onda desfibrilable pero en el accionar de enfermería el uso del DEA es de saber la colocación adecuada de los parches aunque en la actualidad varios de los equipos de DEA indican en forma gráfica donde deben ir colocados dichos parches pero es de vital importancia el lugar de la colocación de los mismos además de que hay que saber cuándo es necesario realizar la descarga.

En el ámbito internacional solo hacen mención de la importancia del uso del DEA, a nivel nacional en el estudio de Benito en el 2013 muestra

que el 62% conoce sobre el uso del DEA ya sea en la colocación del parche y las contraindicaciones que se deben tener en cuenta

Estos resultados obtenidos se puede observar que existe un desconocimiento considerable con respecto en la colocación del parche y también es de gran consideración la falta de conocimiento cuando no realizar una descarga.

En la actualidad es importante que el personal de enfermería ya sean especialistas o no, especialmente en los que trabajan en el ámbito hospitalario obtengan conocimientos sobre el RCP básico ya que permitiría disminuir en forma considerable la mortalidad por dicha causa además de prevenir las causas que ocasionan dichos desenlaces. Es por eso que sería de vital importancia que las instituciones de salud permitan que el profesional de enfermería se capacite en forma periódica ya que dichos conocimientos de RCP van cambiando en forma periódica.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los conocimientos que tienen sobre reanimación cardiopulmonar básica los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD el mayor porcentaje no conoce.
- Respecto a los conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria en los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD la mayoría conocen sobre la definición que es la interrupción reversible, brusca e inesperada de la circulación y respiración, sobre las causas que es la asistolia y sobre los signos y síntomas como la ausencia de pulso y la respiración.
- Acerca de los conocimientos sobre los procedimientos de RCP en los enfermeros del servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD la mayoría no conoce sobre la definición de la RCP, sobre el aspecto de la verificación del pulso, del número de las compresiones torácicas, la profundidad de las mismas, permeabilidad aérea ante la sospecha de una lesión cervical, sobre el aspecto de la respiración la mayoría desconoce sobre el tiempo máximo que se

da por cada ventilación, uso del DEA respecto a la colocación de los parches y las contradicciones del uso del DEA.

5.2. RECOMENDACIONES

- Que las autoridades y la jefatura del servicio elabore e implemente un Programa de Educación Permanente dirigido a profesionales con talleres orientado a actualizar y fortalecer en la aplicación de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica.
- Promover en el personal de enfermería la elaboración guías de procedimiento de reanimación cardiopulmonar básica acorde con la última guía de la AHA 2015.
- Realizar estudios comparativos en otros servicios del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente.

5.3. LIMITACIONES

- Los resultados solo son generalizables para la población de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Huerta- Torrijos J Díaz, Barriga- Pardo, reanimación cardiopulmonar y cerebral. Rev. Asoc Mex Med Crit, 15 (2), 51
- (2) (9) (10) (16) (24) Madeleine Pamela Falcon Alvino, “Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014”, Tesis presentada para optar el título de licenciada en enfermería, en la ciudad de Lima – Peru en el año 2014
- (3) Christopher Murray, The Lancet. Índice de Obesidad y Sobrepeso. Inglaterra 2014. Pág. 23
- (4) Maceda, W; Martínez. Asociación Peruana de Estudio de la obesidad y Ateroesclerosis (APOA). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población urbana de Lima. Lima Perú. Pág. 5
- (5) (6) (12) Consejo Peruano de Reanimación. Perú. Normas peruanas de Reanimación Cardiopulmonar del Soporte Básico de Vida y de la Desfibrilación Temprana – Consenso Mundial 2010- Lima – Perú 2011. citado10 de enero. Disponible en: <http://www.cpr.com.pe/pdf/NORMASPERUANAS2010FINALJVR.pdf>
- (7) (8) (11) (31) Vigo Ramos, Jorge. Revista Peruana med. exp. Salud pública “Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actúa” v.25 n.2 Lima abr / jun. 2008. pag.11, 37
- (13) Díaz Aguilar, Paola Karina “Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería”. Tesis presentada para optar el título de

Médico cirujano en la ciudad de Chiquimula, Guatemala, en el año 2014.

- (14) Caballero Barreto Luis, “Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardio – pulmonar en pacientes adultos”. Tesis presentada para optar el título de Licenciado en Enfermería en la ciudad de San Juan – Puerto Rico en el año 2011.
- (15) Machado Alvarez Mayuri y Colaboradores: “Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el centro nacional de cirugía de mínimo acceso”. [Tesis]. Habana-Cuba. 2010.
- (17) (49) Benito Julca, Katherine, “Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU - 2014”, en la ciudad de Lima – Perú 2014.
- (18) Sigvas Astorga, Yolanda María, “Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia título de Especialista en Enfermería Emergencia y desastre, en la ciudad de Lima – Perú en el año 2005
- (19) (34) (44) Jiménez, L (2003) Medicina de urgencias y emergencias, Barcelona, España, Elsevier España SL
- (20) (21) (22) (35) (36) (37) (39) (40) (42) (43) (45) American Heart Association (2016) Soporte Vital Básico – libro del proveedor, Estados Unidos de América, Basic Life Support Provider Manual
- (23) Navarro, V, R y Rodríguez, G (2009) Reanimación cardiopulmonar básica, 45 (1), 41.

- (25) Pazin, A; Dos Santos, J; Pereira, R, B; Franco, C, D y Schmidt, A; 2003, Parada Cardiorrespiratoria (PCR). Medicina Ribeirao Preto, 36, 163-178
- (26) (28) Cardona, E; Pacheco, M y Giraldo, O, L; 2005 Paro cardiaco y reanimación. Colombia, Editorial Universidad de Antioquia, pág. 96
- (27) Nodal, E; López, J; Domínguez, G; (2006) Paro Cardiorrespiratorio (PCR). Etiología, Diagnóstico y Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía, (45), 3-4
- (29) Arrabal, R; Moreno, A y Perez, D; (2002), recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/pcr.pdf>
- (30) Farre, L; Macaya, C, (2009), Libro de la salud cardiovascular del hospital clínico San Carlos y Fundación BBVA, Bilbao, España, Editorial fundación BBVA, pág. 427
- (32) (46) (47) Jimenez, J (2014), Manual de protocolos y actuación en urgencias, España, Editorial Bayer Healthcare y complejo hospitalario Toledo
- (33) (41) Esquinas, S; (2012) Manual CTO Enfermería tomo II, España, Editorial grupo CTO, 950 -952
- (38) American Heart Association (2015) Aspectos destacados de la actualización de las guías de la AHA para RCP y ACE de 2015, Estados Unidos de America, American Heart Association

(48) Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Unidad de Post Grado –
Facultad de Medicina. (2015). Perfil de Enfermería en Emergencia y
Desastres. Recuperado de
<http://upg.medicina.unmsm.edu.pe/index.php/enfermeria-en-emergencias-y-desastres>

BIBLIOGRAFÍA

American Heart Association. (2015). Guidelines CPR & ECC. Texas, Estados Unidos. pp. 35.

American Heart Association. (2016) Libro del proveedor SVB/BLS Texas, Estados Unidos.

Benito Julca, Katherine. (2014). Conocimiento sobre Reanimación Cardiopulmonar básica en el adulto que tienen las enfermeras del Programa Nacional SAMU. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Caballero Barreto Luis. (2011). Nivel de conocimiento de los profesionales de la enfermería sobre las guías de resucitación cardio – pulmonar en pacientes adultos. (Tesis de posgrado). Universidad Metropolitana de Bayamón, San Juan, Puerto Rico.

Cardona, E., Pacheco, M. y Giraldo, O. (2005). *Paro cardíaco y reanimación*. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia.

Díaz Aguilar Paola. (2014) Reanimación Cardiopulmonar Básica en personal de Enfermería. (Tesis de pregrado). Universidad San Carlos de Guatemala, Chiquimula, Guatemala.

Falcón Alvino, Madeleine. (2014). Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar del enfermero (a) de la segunda especialidad en enfermería UNMSM 2014. (Tesis de pregrado). Universidad nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

López Farre, Antonio; Macaya Miguel, Carlos. (2009). Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y Fundación BBVA. Primera edición. Bilbao, España.

Jiménez Murillo Luis. (2014). Medicina de emergencias y urgencias. 5ta edición. Barcelona, España.

Julián Jiménez, Agustín. (2014). Manual de protocolos y actuación en urgencias. Cuarta edición. Toledo, España.

Maceda, W; Martínez. (2013). Asociación Peruana de Estudio de la obesidad y Ateroesclerosis (APOA). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en población urbana de Lima. Lima, Perú.

Machado Álvarez Mayuri y Colaboradores (2010). Nivel de conocimientos en reanimación cardiopulmonar cerebral en el centro nacional de cirugía de mínimo acceso. (Tesis de posgrado). Habana, Cuba.

Nodal, E; López, J; Domínguez, G; (2006) Paro Cardiorrespiratorio (PCR). Etiología, Diagnóstico y Tratamiento. Revista Cubana de Cirugía, (45), 3-4

Pazin, A.; Dos Santos, J. C., Pereira, R.; Franco, C. (2003). Parada Cardiorrespiratoria (PCR). *Medicina Ribeirao Preto*, 36, 163-178.

Siguas Astorga, Yolanda María. (2005). Nivel de conocimientos que tiene la enfermera sobre RCP básico y avanzado del adulto en el servicio de emergencia. (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Víctor, R., Navarro, M. (2009). Reanimación cardiopulmonar básica. 45(1), 41.

Vigo Ramos, Jorge. (2008). Muerte súbita y emergencias cardiovasculares: problemática actúa. *Revista Peruana de medicina experimental de Salud Pública*. 25 (2),11- 37.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la Variable	III
B. Instrumento	IV
C. Consentimiento informado	VIII
D. Tabla Binomial – Jueces Expertos	IX
E. Libro de Códigos	X
F. Tabla matriz	XI
G. Determinación de la validez del instrumento	XII
H. Determinación de la confiabilidad del instrumento	XIII
I. Medición de la Variable – Promedio	XIV
J. Datos generales de las enfermeras	XV
K. Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar básico en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016	XVI
L. Conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016	XVII
M. Conocimientos sobre procedimiento de reanimación cardiopulmonar en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016	XVIII
N. Conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria según indicadores en enfermeros del servicio	XIX

de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016

- | | | |
|----|---|------|
| O. | Conocimientos sobre procedimiento de reanimación cardiopulmonar según indicadores en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016 | XX |
| P. | Conocimientos sobre parada cardiorrespiratoria según ítems en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016 | XXI |
| Q. | Conocimientos sobre procedimiento de reanimación cardiopulmonar según ítems en enfermeros del servicio de Hospitalización médica en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente EsSalud – Lima 2016 | XXII |

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Conocimientos sobre reanimación cardiopulmonar Básica en los enfermeros en el servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente – ESSALUD	Es un conjunto de ideas, de información Sobre reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada, con el objetivo de restablecer el funcionamiento normal de los órganos.	Paro cardiopulmonario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición (1) ▪ Causas (2,3) ▪ Signos y síntomas (4) 	Es el conjunto de ideas que tiene el enfermero (a) sobre Reanimación Cardiopulmonar Básica al brindar sus cuidados a un paciente en situación de parada	CONOCE
		Procedimiento de RCP Básico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepto (5,6) ▪ Secuencia de reanimación: <ul style="list-style-type: none"> - Buscar respuesta (8) - Pedir ayuda (9) - Verifica pulso (10) - C-A-B: Compresiones, Vía Aérea, Respiración. 	Cardiorrespiratoria que se atiende en el servicio de Hospitalización médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente - ESSALUD.	NO CONOCE

ANEXO B



UNMSM – FM – UPG
PSEE - 2016

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN

Buenos días colega, soy alumno de la especialidad en Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en esta oportunidad me dirijo a Ud. para saludarla y a su vez hacer de su conocimiento que se está realizando un estudio sobre el conocimientos que tienen las enfermeras (os) sobre la reanimación cardiopulmonar básico del adulto en el servicio de Hospitalización Médica del Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente ESSALUD. El mismo que es de carácter anónimo y sus respuestas serán de uso para la investigación por lo que solicito tengan a bien responder todas las preguntas que a continuación se presentan. Agradezco anticipadamente su participación.

I DATOS GENERALES

- Edad: 20 a 30 () 31 a 40 () 41 a más ()
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Ha participado en algún curso sobre RCP básico: Si () No () Año...
- Ha participado Ud. En maniobras de RCP: Si () No ()

II.- INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará una serie de preguntas para lo cual se le solicita marcar con un aspa (x) la respuesta que considere correcta.

III DATOS ESPECÍFICOS:

- 1.- El paro cardiorrespiratorio se define como:
 - a) El cese de la respiración espontanea, causando un defecto en la oxigenación.
 - b) La interrupción reversible, brusca e inesperada de la circulación y respiración.
 - c) El cese de la irrigación al tejido miocárdico.
 - d) La interrupción irreversible, brusca e inesperada de la circulación y la respiración.
- 2.- La principal causa de Paro Cardiorrespiratorio es:
 - a) Obstrucción de vía aérea
 - b) Traumatismos de cabeza, cuello y tórax.
 - c) Crisis asmática
 - d) Intoxicaciones
- 3.- La ausencia completa de la actividad eléctrica en el miocardio se denomina:
 - a) Fibrilación ventricular

- b) Flutter
- c) Asistolia
- d) Actividad eléctrica sin pulso

4.- El paro cardiorrespiratorio se reconoce por:

- a) Ausencia de pulso arterial y respiración
- b) Cianosis distal
- c) Inconsciencia.
- d) Alteración en la respiración.

5.- La Reanimación Cardiopulmonar, según el Consejo Peruano de Reanimación, se define como:

- a) Un conjunto de procedimientos de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.
- b) Un Conjunto de maniobras que hacemos con nuestras manos ante una situación de PCR. En otras palabras: el boca a boca y el masaje cardíaco externo.
- c) Un Conjunto de maniobras temporales y normalizadas internacionalmente destinadas cuando la circulación de la sangre de una persona se detiene súbitamente.
- d) Un Conjunto de maniobras que aseguran el aporte de sangre oxigenada al cerebro y al corazón, hasta que un tratamiento más avanzado lo restaure.

6.- Frente a un paro cardiorrespiratorio, el tiempo máximo en iniciar la RCP para reducir secuelas es de:

- a) 10 minutos
- b) 02 minutos
- c) 04 minutos
- d) 15 minutos

7.- El número de compresiones como mínimo en un minuto en paciente adulto, según la Guía de la AHA del 2015 es:

- a) 80 - 90 compresiones por minuto
- b) 70 - 100 compresiones por minuto
- c) Al menos 100 compresiones por minuto
- d) 100 – 120 compresiones por minuto

8.- El primer pasó a seguir, frente a un paciente que aparenta estar inconsciente:

- a) Buscar algún tipo de respuesta en paciente y verificar si respira o no.
- b) Se inicia compresiones torácicas.
- c) Aperturar y desobstruir vía aérea
- d) Dar ventilaciones con dispositivo de barrera.

9.- La actitud del enfermero (a) ante un paciente inconsciente que no responde es:

- a) Iniciar compresiones torácicas
- b) Pedir apoyo a los sistemas de emergencia
- c) Apertura y desobstruir vía aérea
- d) Inicio de ventilaciones de rescate.

10. El tiempo máximo para encontrar el pulso del paciente, según la guía de la AHA 2015 es

- a) 20 segundos
- b) 10 segundos
- c) 5 segundos
- d) 15 segundos

11.- Las compresiones torácicas en un adulto deben ser con una depresión de:

- a) 4 - 5 cm
- b) 3 - 5 cm
- c) 5 cm
- d) 5 – 6 cm

12.- La relación entre las compresiones – ventilaciones, y cuantos ciclos se realiza en la Reanimación cardiopulmonar, según la guía de la AHA 2015:

- a) 15:2 y 5 ciclos
- b) 30:2 y 4 ciclos
- c) 30: 2 y 5 ciclos
- d) 30: 2 y 3 ciclos

13.- Según el Consejo Peruano de Reanimación, el flujo generado por las compresiones torácicas producen picos de presión sistólica de:

- a) 60 a 70 mmHg
- b) 70 a 80 mmHg
- c) 60 a 80 mmHg.
- d) 80 a 90 mm Hg

14.- La complicación más frecuente de la compresión torácica es:

- a) Neumotórax
- b) Desgarro hepático
- c) Laceración hepática
- d) Fractura costal

15.- El principal motivo de la obstrucción de las vías aéreas en el paciente inconsciente es

- a) Presencia de prótesis dentarias
- b) Acumulo de secreciones
- c) Caída de la lengua hacia atrás
- d) Presencia de alimentos

16.- Ante la sospecha de lesión cervical en un paciente inconsciente la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante:

- a) Maniobra frente – mentón
 - b) Tracción mandibular
 - c) Hiperextensión del cuello
 - d) Liberación de cuerpos extraños
- 17.- La óptima ventilación boca – resucitador manual es cuando:
- a) Se expande el tórax
 - b) Se evidencia un sello hermético adecuado de aire ante la boca y el dispositivo.
 - c) Se evidencia distensión gástrica
 - d) Se brinda un tiempo de 3 seg por cada ventilación.
- 18.- El tiempo como máximo que se da por cada ventilación, según la guía de la AHA 2015 es de
- a) 2 seg
 - b) 3 seg
 - c) 1 seg
 - d) 5 seg
- 19.-Cuántas ventilaciones se da en un minuto en el paciente adulto que tiene pulso y no respira.
- a) 5 a 6 ventilaciones
 - b) 3 a 5 ventilaciones
 - c) 0 a 20 ventilaciones
 - d) 6 a 8 ventilaciones
- 20.- Los principales tipos de paro cardíaco donde se desfibrila son:
- a) Fibrilación ventricular y Flutter
 - b) Taquicardia supraventricular y asistolia
 - c) Fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso
 - d) Taquicardia Ventricular y actividad eléctrica sin pulso.
- 21.- La colocación correcta de los parches del DEA es en el lado:
- a) Derecho en la parte inferior del borde esternal y en lado izquierdo en línea media axilar.
 - b) Derecho sobre el precordio y en lado izquierdo en la región infraescapular.
 - c) Derecho a nivel infraclavicular y en lado izquierdo en línea media axilar
 - d) Izquierdo a nivel infraclavicular y en lado derecho en línea media axilar
- 22.- El uso del DEA está contraindicado en los pacientes:
- a) Con la ropa mojada.
 - b) Con marcapaso implantado.
 - c) En asistolia
 - d) Con parche de medicación en tórax.

ANEXO C
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:..... HORA:.....

Por la presente:

Yo.....con DNI N°.....

Autorizo al Lic. Jorge Luis Camacho Quezada a participar en la investigación titulada “CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA DEL HOSPITAL GUILLERMO KAEIN DE LA FUENTE – ESSALUD 2016” por cuanto me ha explicado la actividad expresada anteriormente, incluyendo el propósito de la actividad, entiendo la actividad y deseo participar, autorizando al Licenciado para de la investigación y aportando a la enfermería.

Certifico que he leído el consentimiento anterior para la actividad que las explicaciones requeridas fueron claras y precisas y voluntariamente consiento participar en el estudio.

Firma del Participante

Fecha:

DNI N°

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	1	2	3	4	5	6	P
1	1	1	1	1	1	1	0.010
2	1	1	1	1	1	1	0.010
3	1	1	1	1	1	1	0.010
4	1	1	1	1	1	1	0.010
5	1	1	1	1	1	1	0.010
6	1	1	1	1	1	1	0.010
7	1	1	1	1	1	1	0.010

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO E

LIBRO DE CODIGOS

Datos Generales

N°	PREGUNTA	ALTERNATIVA	CÓDIGO
1	Edad	20 – 30 31 – 40 41 a más	(1) (2) (3)
2	Sexo	Masculino Femenino	(1) (2)
3	Participación en algún curso sobre RCP Básico.	SI NO	(1) (2)
4	Participación en maniobras de RCP Básico	Si No	(1) (2)

Datos específicos

Pregunta	Correcta
1	B = 1
2	A = 1
3	C = 1
4	A = 1
5	D = 1
6	C = 1
7	D = 1
8	A = 1
9	B = 1
10	B = 1
11	C = 1
12	C = 1
13	B = 1
14	D = 1
15	C = 1
16	B = 1
17	A = 1
18	C = 1
19	A = 1
20	C = 1
21	C = 1
22	C = 1

ANEXO F

TABLA MATRIZ DE DATOS

CONOCIMIENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA					CONOCIMIENTO SOBRE SECUENCIA DE REANIMACION CARDIOPULMONAR																		TOTAL	VALOR FINAL		
	1	2	3	4	Σ	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Σ		
1	1	1	1	1	4	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	9	13	CONOCE
2	1	1	1	1	4	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	9	13	CONOCE
3	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	7	8	NO CONOCE
4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	13	17	CONOCE
5	1	1	1	1	4	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	11	15	CONOCE
6	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5	6	NO CONOCE
7	0	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	NO CONOCE
8	1	1	1	0	3	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	7	10	NO CONOCE
9	1	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	7	NO CONOCE
10	1	1	1	1	4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	9	13	CONOCE
11	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5	6	NO CONOCE
12	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	11	15	CONOCE
13	1	1	1	1	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	4	8	NO CONOCE
14	1	1	1	1	4	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	11	NO CONOCE
15	1	1	0	1	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	5	8	NO CONOCE
16	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	10	14	CONOCE
17	1	1	1	1	4	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6	10	NO CONOCE
18	1	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4	7	NO CONOCE
19	1	1	1	1	4	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	7	11	NO CONOCE
20	1	1	1	1	4	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	12	16	CONOCE
21	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	8	12	CONOCE
22	1	1	1	1	4	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	13	17	CONOCE
23	0	1	1	1	3	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	8	11	NO CONOCE
24	0	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	NO CONOCE
25	1	1	1	1	4	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	7	11	NO CONOCE
26	1	0	1	1	3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	7	10	NO CONOCE
27	1	1	1	1	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	10	14	CONOCE
28	1	1	1	1	4	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	18	CONOCE
29	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	12	16	CONOCE
30	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	18	CONOCE

ANEXO G

VALIDEZ ESTADÍSTICA DEL INSTRUMENTO

Para la validez estadística, se aplicó la fórmula de ítem test coeficiente de correlación de R de Pearson, obteniéndose:

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \cdot \sum y}{\sqrt{N \sum x^2 - (\sum x)^2 \cdot N \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

Item 1: r= 0.44

Item 12: r= 0.59

Item 2: r= 0.27

Item 13: r= 0.31

Item 3: r= 0.31

Item 14: r=0.52

Item 4: r= 0.36

Item 15: r= 0.50

Item 5: r= 0.38

Item 16: r= 0.34

Item 6: r= 0.33

Item 17: r=0.40

Item 7: r= 0.55

Item 18: r= 0.48

Item 8: r= 0.24

Item 19: r= 0.22

Item 9: r= 0.30

Item 20: r= 0.56

Item 10: r=0.58

Item 21: r= 0.46

Item 11: r= 0.32

Item 22: r= 0.34

Si $r > 0.20$, el ítem es válido, por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el Kuder Richarson:

$$K \rightarrow R = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum p.q}{S^2} \right); \text{ Donde } K \rightarrow R > 0.5; \text{ para que sea confiable}$$

K = número de ítems

S₂ = varianza de prueba

p= Proporción de éxito

q = Proporción donde se identifica el atributo

Donde:

$$K = 22$$

$$S_2 = 16.3$$

$$\sum \# p. q = 4.35$$

Remplazando:

$$K - R = (30/30-1)(1-(4.35/16.3))$$

$$K - R = (1.03)(1-0.26)$$

$$K - R = 0.76$$

$$K \rightarrow R > 0.5$$

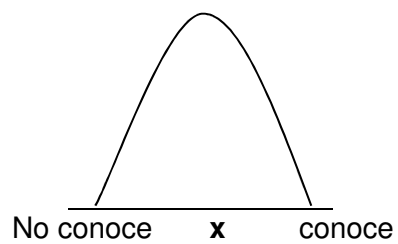
K → R = Instrumento confiable.

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Para establecer los intervalos de se aplicó el Promedio en la Curva de Gauss.

X: se obtiene el promedio de totales.



Promedio:
$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

x = reemplazar/reemplazar

$$\mathbf{X} = 11.46$$

No conoce : 0 a 11 puntos

Conoce : 12 a 22 puntos

ANEXO J

**DATOS GENERALES DE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO
DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**

DATOS GENERALES		N	%
EDAD	20-30	14	47 %
	31-40	14	47 %
	41 A Mas	2	6 %
SEXO	Masculino	3	10 %
	Femenino	27	90 %
CURSO DE RCP	Si	26	86.6 %
	No	4	13.4 %
PARTICIPACION EN RCP	Si	23	76.6 %
	No	7	23.4 %

ANEXO K

**CONOCIMIENTOS SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR
BÁSICO EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**

CONOCIMIENTOS	N	%
CONOCE	14	47 %
NO CONOCE	16	53 %
TOTAL	30	100 %

ANEXO L

CONOCIMIENTOS SOBRE PARADA CARDIORESPIRATORIA EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN DE LA FUENTE ESSALUD – LIMA 2016

LIMA – PERU

2016

CONOCIMIENTOS	N	%
CONOCE	18	60 %
NO CONOCE	12	40 %
TOTAL	30	100 %

ANEXO M

**CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESOS DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR BÁSICO EN ENFERMEROS DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA
EN EL HOSPITAL GUILLERMO
KAELIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**

CONOCIMIENTO	N	%
CONOCE	13	43 %
NO CONOCE	17	57 %
TOTAL	30	100 %

ANEXO N

**CONOCIMIENTOS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATORIA
SEGÚN INDICADORES EN ENFERMEROS DEL SERVICIO
DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL
GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE
ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**

INDICADORES	TOTAL		CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%	N	%
DEFINICION	30	100 %	23	76.6 %	7	23.4 %
CAUSAS	30	100 %	26	86.6 %	4	13.4 %
SIGNOS Y SINTOMAS	30	100 %	15	50 %	15	50%

ANEXO O

**CONOCIMIENTOS SOBRE PROCEDIMIENTO DE REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR SEGÚN INDICADORES EN ENFERMEROS
DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN
EL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA
FUENTE ESSALUD – LIMA 2016
LIMA – PERU
2016**

INDICADORES	TOTAL		CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%	N	%
DEFINICION	30	100 %	11	36.6 %	19	63.4 %
BUSCAR RESPUESTA	30	100 %	26	86.6 %	4	13.4 %
PEDIR AYUDA	30	100 %	15	50 %	15	50 %
VERIFICAR PULSO	30	100 %	14	46.6 %	16	53.4 %
CAB – COMPRESIONES, VIA AEREA Y RESPIRACION	30	100 %	14	46.6 %	16	53.4 %
USO DE DESFIBRILADOR	30	100 %	11	36.6 %	19	63.4 %

ANEXO P

CONOCIMIENTOS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATORIA SEGÚN ITEMS EN ENFERMEROS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE ESSALUD – LIMA 2016 LIMA – PERU 2016

INDICADORES	TOTAL		CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%	N	%
DEFINICION						
El paro cardiorrespiratorio se define como la interrupción reversible, brusca e inesperada de la circulación y respiración.	30	100 %	23	76.6 %	7	23.4 %
CAUSAS						
La principal causa de Paro Cardiorrespiratorio es la obstrucción de la vía aérea.	30	100 %	25	83.3 %	5	16.7 %
Dentro de las principales causas de Paro Cardiorrespiratorio, la ausencia completa de la actividad eléctrica en el miocardio se denomina asistolia.	30	100 %	27	90 %	3	10 %
SIGNO Y SINTOMAS						
El paro cardiorrespiratorio se reconoce por ausencia de pulso arterial y respiración	30	100 %	23	76.6 %	7	23.4 %

ANEXO Q

CONOCIMIENTOS SOBRE PROCEDIMIENTO DE REANIMACIÓN

CARDIOPULMONAR SEGÚN ITEMS EN ENFERMEROS

DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

EN EL HOSPITAL GUILLERMO KAE LIN

DE LA FUENTE ESSALUD

LIMA – PERU 2016

INDICADORES	TOTAL		CONOCE		NO CONOCE	
	N	%	N	%	N	%
DEFINICION						
La RCP, según el Consejo Peruano de Reanimación, se define como un Conjunto de maniobras que aseguran el aporte de sangre oxigenada al cerebro y al corazón	30	100 %	11	36.6 %	19	63.4 %
Ante un paro cardiorrespiratorio, el tiempo máximo en iniciar la RCP para reducir secuelas es de 4 minutos.	30	100 %	7	23.3 %	23	76.7 %
BUSCAR RESPUESTA						
El primer pasó ante un paciente que aparenta inconsciencia es buscar algún tipo de respuesta y verificar si respira o no.	30	100 %	26	86.6 %	4	13.4 %
PEDIR AYUDA						
La actitud ante un paciente inconsciente que no responde es pedir apoyo a los sistemas de emergencia.	30	100 %	15	50 %	15	50 %
VERIFICAR PULSO						
El tiempo máximo en encontrar el pulso del paciente, según la guía de la AHA 2015 es de 10 segundos.	30	100 %	14	46.6 %	16	53.4 %
CAB – COMPRESIONES, VIA AEREA Y RESPIRACION						
El número de compresiones como mínimo en un minuto, según la Guía de la AHA del 2015 es de 100 -120 compresiones por minuto	30	100 %	12	40 %	18	60 %
Las compresiones torácicas en un adulto deben ser con una depresión de 5cm	30	100 %	13	43.3 %	17	56.7 %
La relación entre compresiones – ventilaciones, y cuantos ciclos se realiza en la RCP, según AHA 2015 es de 30: 2 y 5 ciclos	30	100 %	18	60 %	12	40 %
El flujo generado por las compresiones torácicas producen picos de presión sistólica de:70 a 80 mmHg	30	100 %	6	20 %	24	80 %
Las complicación más frecuentes de las compresiones torácicas es la fractura costal	30	100 %	25	83.3 %	5	16.7 %
La caída de la lengua hacia atrás es el principal motivo de la obstrucción de las vías aéreas en paciente inconsciente	30	100 %	19	63.3 %	11	36.7 %
Ante la sospecha de lesión cervical en paciente inconsciente la permeabilización de la vía aérea se realiza mediante tracción mandibular.	30	100 %	11	36.6 %	19	63.4 %
La óptima ventilación boca – resucitador manual es cuando se expande el tórax	30	100 %	20	66.6 %	10	33.4 %
El tiempo como máximo que se da por cada ventilación, según la guía de la AHA 2015 es de 1 segundo.	30	100 %	5	16.7 %	25	83.3 %
Las ventilaciones que se da en un minuto en el paciente que tiene pulso y no respira es de 5 a 6 ventilaciones	30	100 %	10	33.4 %	20	66.6 %
USO DE DESFIBRILADOR						
Los principales tipos de paro cardíaco donde se desfibrila son Fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso	30	100 %	16	53.4 %	14	46.6 %
La colocación correcta de los parches del DEA es en lado derecho a nivel infraclavicular y en lado izquierdo en línea media axilar.	30	100 %	10	33.4 %	20	66.6 %
El uso del DEA está contraindicado en paciente con asistolia.	30	100 %	8	26.6 %	22	73.4 %